

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาในชนบท ซึ่งในการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก
- 2.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันและดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย ด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดา
- 2.4 กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE framework
- 2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดา

2.1 โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (Acute Respiratory Infection in Children : ARIC)

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก หรือโรคกลุ่มอาการไข้หวัดและปอดบวมเป็นการติดเชื้อของระบบหายใจตั้งแต่จมูก หู คอ กล้องเสียง หลอดคอ หลอดลม จนถึงเนื้อปอดที่เกิดขึ้นทันที เป็นโรคที่พบบ่อยในเด็ก และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพราะมีเด็กป่วยและตายเป็นจำนวนมาก โรคที่พบบ่อยคือ โรคไข้หวัด โรคปอดบวม คออักเสบ และโรคหุ้่น้ำหนัก โดยปกติเด็กจะเป็นไข้หวัดได้ถึงปีละ 6-8 ครั้งหรือบางรายเป็นทุกเดือน จากสถิติของสถานพยาบาลต่าง ๆ พบว่า ประมาณร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยนอก และร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยใน จะเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ (ประมวญ สุนากร และลดาวัลย์ ชื่นจิตร, 2538)

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กมีหลายโรค ดังนั้นเพื่อให้เข้าใจง่ายในระดับสาธารณสุขมูลฐาน คณะอนุกรรมการวิชาการโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ จึงได้แบ่งโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (ประมวญ สุนากร, 2532)

1. กลุ่มอาการไม่รุนแรง (Mild ARIC) ได้แก่ URI Syndrome (Common cold, Coryza, Rhinopharyngitis, Acute catarrhal tonsillopharyngitis, Acute pharyngitis) เด็กจะมีอาการไข้ต่ำ ๆ ไอเล็กน้อย น้ำมูกไหล หรือคัดจมูก อาจเจ็บคอหรือคอแดงเล็กน้อย ระยะฟักตัว 2 วัน อาการจะหายได้เองใน 5-7 วัน หรือไม่เกิน 2 สัปดาห์

2. กลุ่มอาการรุนแรงปานกลาง (Moderate ARIC) ได้แก่ Commond cold ที่มี bacterial complication, Acute febrile nasopharyngitis in infant, Streptococcal pharyngotonsillitis, Otitis media, Bronchitis or Early pneumonia ซึ่งมีอาการดังนี้

2.1 กลุ่มอาการในข้อ 1 ร่วมกับไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส โดยวัดอุณหภูมิ ทางรักแร้ติดต่อกันเกิน 3 วัน

2.2 กลุ่มอาการในข้อ 2 ซึ่งมีอาการเลวลงหลังการรักษา 3 วัน หรือไม่ดีขึ้นใน 1 สัปดาห์

2.3 เด็กที่มีผื่นขาว หรือจุดหนองในคอหอย

2.4 ปวดหู หรือมีหนองไหลจากหู

2.5 ไข้ ไอ หายใจเร็วกว่า 50 ครั้ง/นาที ในขณะที่ไม่ร้องไห้ ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี หรือหายใจเร็วกว่า 40 ครั้ง/นาที ในเด็กอายุเกิน 1 ปี

3. กลุ่มอาการรุนแรงมาก (Severe ARIC) ได้แก่ Pneumonia, Bronchiolitis, Croup จะมีอาการ

3.1 ไข้ ไอ หายใจเข้ามีชายโครงบวม อาจมีชัก หายใจดังหรือมีเสียงหวีด

3.2 ไข้ ไอ หอบ จนริมฝีปาก เล็บมือเล็บเท้าคล้ำ

สำหรับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ได้แก่ โรคไข้หวัด โรคปอดบวม โรคคออักเสบ และโรคหัดน้ำหวน (กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2533) ซึ่งผู้วิจัยขอนำเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ดังกล่าว พอสังเขป ดังนี้

1. โรคไข้หวัด (Common cold) เป็นการติดเชื้ออย่างเฉียบพลันของระบบหายใจที่พบบ่อยที่สุดและพบมากในเด็ก ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อจมูกและคอหอย โรคนี้เป็นโรคไม่รุนแรงหายเองได้ถ้ามีการดูแลที่ถูกต้อง แต่ผู้ป่วยบางรายอาจมีโรคแทรกซ้อน ได้แก่ หลอดลมอักเสบ หูอักเสบ ไช้น้ำอักเสบ ปอดบวม (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, 2535 ; Thomson and Ashwill, 1992) หรือเด็กบางคนมีไข้สูงอาจชักจากไข้สูงได้ (มนตรี ตูจินดา, 2525)

สาเหตุ เกิดจากการติดเชื้อไวรัส ซึ่งมีอยู่มากกว่า 100 ชนิด จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเป็นไข้หวัดได้บ่อย ๆ เมื่อติดเชื้อตัวใหม่ โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จะเป็นไข้หวัดเฉลี่ยปีละ 6-8 ครั้ง

ส่วนสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เด็กเป็นไข้หวัดบ่อยและมีอาการรุนแรงจนเป็นอันตราย ได้แก่ โรคขาดสารอาหาร เด็กที่ไม่ได้กินนมแม่ เด็กเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เด็กที่ได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วน สภาพอากาศที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น หน้าฝน หน้าหนาว นอกจากนี้อากาศที่มีมลพิษ เช่น ควันไฟ หรือควันบุหรี่ ก็มีส่วนทำให้เด็กเป็นโรคไข้หวัดได้ง่าย

การติดต่อ โรคไข้หวัดติดต่อโดยการรับเชื้อไวรัส โดย

1. สูดอากาศที่มีเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกาย จากการไอหรือจามของผู้ป่วยโรคไข้หวัด
2. กลูกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคไข้หวัด เชื้อโรคผ่านมือผู้ป่วยไปสู่มือผู้รับเชื้อ แล้วเข้าสู่ทางเดินหายใจ โดยผู้รับเชื้อใช้มือที่มีเชื้อโรคไปขยี้จมูก หรือตาตนเอง

อาการ อาการของโรคไข้หวัดเริ่มด้วย คัดจมูก จาม อาจมีตัวร้อนเล็กน้อย ไม่สบายตัว ต่อมา มีน้ำมูกใส อาจเจ็บคอหรือคันคอเล็กน้อย และมีอาการไอตามมาได้ อาการเหล่านี้จะเป็นมากใน 1-2 วันแรก แล้วค่อย ๆ ดีขึ้น น้ำมูกจะข้นขึ้น อาจมีสีเขียว อาการต่าง ๆ จะหายไปภายใน 1 สัปดาห์

การรักษา ส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการ ซึ่งพ่อ-แม่ หรือผู้ปกครอง สามารถให้การดูแลเองที่บ้านได้ นอกจากเด็กมีอาการผิดปกติไปจากที่กล่าวข้างต้น ต้องพาเด็กไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์

2. โรคปอดบวม (Pneumonia) เป็นการอักเสบของเนื้อปอด ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจชนิดรุนแรง ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตได้มาก โดยเฉพาะถ้าเป็นเด็กที่เกิดมานาน้ำหนักตัวน้อย เด็กอายุที่ต่ำกว่า 1 ปี เด็กขาดอาหาร หรือเด็กที่มีความพิการแต่กำเนิด เด็กกลุ่มนี้เมื่อเป็นโรคปอดบวมจะมีอาการรุนแรงและตายได้มาก

สาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย ซึ่งมักจะเริ่มโดยเป็นหวัดก่อน 2-3 วัน หรือจากการสำลัก

การติดต่อ โดยเชื้อเข้าทางระบบหายใจเช่นเดียวกับโรคหวัด ดังนี้คือ

1. การหายใจเอาเชื้อโรคที่อยู่ในอากาศเข้าไปโดยตรง
2. การไอจามรดกัน
3. การคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วย

อาการ ผู้ป่วยมักจะเริ่มมีอาการเป็นไข้หวัดก่อนสัก 2-3 วัน ต่อมาจะมีอาการไข้สูง ไอมาก และหายใจลำบาก โดยจะหายใจเร็วในระยะเริ่มแรก หายใจชายโครงบวม เป็นอาการที่รุนแรงขึ้น หรือหายใจมีเสียงดัง อาการของโรคปอดบวมที่อยู่ในภาวะป่วยหนักหรือรุนแรงจะมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้คือ ไม่ยอมกินนมหรือน้ำ ซึมมาก ปลูกต้นยาง หายใจมีเสียงหายใจแรงจนชายโครงบวม ภาวะขาดสารอาหารระดับ 3

การรักษา ในเด็กที่ป่วยเป็นโรคปอดบวมระยะแรก หรือไม่รุนแรง มีอาการไข้สูง ไอ หายใจเร็ว ควรพาไปรับการรักษาจากแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจให้ยาปฏิชีวนะ และให้ มาตรฐานที่บ้านได้

3. โรคคออักเสบ (Tonsillitis, Pharyngotonsillitis) เด็กที่เป็นไข้หวัด มักมีอาการเจ็บคอร่วม ด้วย ซึ่งพบได้บ่อย ๆ ทั้งนี้เนื่องมาจากมีอาการอักเสบที่คอหอย อาการเจ็บคอดังกล่าว อาจมีอาการ เพียงเจ็บคอเล็กน้อยจนถึงเจ็บคอมาก กระทั่งกลืนอาหาร หรือน้ำลำบาก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเชื้อโรคที่ เป็นสาเหตุ

สาเหตุ โรคคออักเสบชนิดที่เป็นร่วมกับไข้หวัด และชนิดมีตุ่มใสหรือแผลเล็ก ๆ กระจาย ในช่องปากนั้น เกิดจากเชื้อไวรัส ส่วนโรคคออักเสบชนิดมีฝ้าขาว หรือหนองที่ต่อมทอนซิลนั้น เป็นได้จากทั้งเชื้อไวรัสและแบคทีเรียที่สำคัญคือ เชื้อเสดฟ์และคอตีบ

อาการ โรคคออักเสบจะมีอาการมากน้อยแตกต่างกันไปแล้วแต่ชนิด และสาเหตุของโรค ดังนี้

1. ชนิดที่เป็นร่วมกับไข้หวัด จะมีอาการไม่รุนแรง เด็กจะเจ็บคอเล็กน้อย คอแดงไม่มาก ไข้ต่ำ ๆ ซึ่งจะหายได้เองใน 1 สัปดาห์

2. ชนิดเป็นตุ่มใส หรือแผลเล็ก ๆ ในปาก จะมีอาการเจ็บคอมาก จนกลืนอะไรไม่ลง น้ำลายไหลตลอดเวลา ไข้สูงอาจมีชักร่วมด้วย อาการเหล่านี้จะเป็นอยู่ราว 7 วันก็หาย

3. ชนิดที่มีฝ้าขาว หรือหนองที่ต่อมทอนซิล หากเกิดจากเชื้อเสดฟ์จะมีอาการไข้สูง อ่อนเพลีย เจ็บคอมาก บริเวณต่อมทอนซิลจะบวมแดง ต่อม้าน้ำเหลืองใต้คางจะบวม กดเจ็บ

การรักษา โรคคออักเสบชนิดที่เป็นร่วมกับไข้หวัด สามารถให้การดูแลที่บ้านได้ และ คอยสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ ไข้สูงเกิน 3 วัน หายใจลำบาก เด็กไม่ยอมกินนมหรือน้ำ ต้องพา ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์ โรคคออักเสบชนิดเป็นตุ่มใสหรือแผลเล็ก ๆ กระจายใน ช่องปาก ให้การดูแลรักษาตามอาการ ส่วนโรคคออักเสบชนิดมีฝ้าขาว ต้องพาไปหาแพทย์ หรือเจ้า หน้าที่สาธารณสุข ถ้าเกิดจากเชื้อเสดฟ์ แพทย์อาจฉีดยาหรือให้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งผู้ป่วยต้องกินยาให้ ครบชุด

4. โรคหูอักเสบหรือหูน้ำหนวก (Otitis, Otitis media)

สาเหตุ ส่วนใหญ่เป็นโรคแทรกซ้อนของไข้หวัด ในขณะที่มีการติดเชื้อของคอ หูจะได้ รับผลกระทบเสมอ เพราะเชื้อแบคทีเรียและไวรัสอาจผ่านมาทางท่อเชื่อมที่ติดต่อกับคอหอย ซึ่งถ้าไม่ รักษาจะกลายเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้หูหนวกได้

อาการ ระยะแรกจะปวดหูมาก มีไข้ สำหรับเด็กเล็ก ๆ จะร้องกวน ต่อมาราว 1-2 วัน ส่วนใหญ่แก้วหูจะทะลุและมีหนองไหลออกมา อาการปวดจะหายไป บางรายที่ไม่ได้ยาปฏิชีวนะ

การอักเสบนี้อาจลุกลามไปยังกระดูกหลังหู ทำให้มีการปวดบวมบริเวณหลังหู และอาจลุกลามไปที่สมอง จนอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ บางรายที่มีหนองไหลจากหูเกิน 2 สัปดาห์ ถือว่าเป็นหูน้ำหนวกเรื้อรัง

การรักษา ผู้ป่วยโรคหูอักเสบ หรือหูน้ำหนวก เป็นโรคที่พ่อ-แม่ หรือผู้ปกครองเด็กต้องพาไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเร็ว

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก เป็นโรคที่เกิดขึ้นได้จากปัจจัยและสาเหตุที่อยู่ใกล้ตัวหลายประการ ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง ซึ่งปกติเป็นหน้าที่ของบิดา-มารดา หรือผู้ปกครองเด็ก และในสังคมไทยผู้ที่มีบทบาทสำคัญมากที่สุดในการเลี้ยงดูบุตรคือ มารดา ดังนั้นมารดาจะต้องมีการเลี้ยงดูบุตรที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมให้บุตรมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรค และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ซึ่งประกอบด้วยการดูแลในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ทำให้มีโอกาสดูดเชื้อ และเจ็บป่วยได้ง่าย การดูแลให้ได้รับอาหารที่เหมาะสม และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะช่วยให้เด็กเติบโตสมบูรณ์แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรคดี ซึ่งจะทำให้ไม่ป่วยเป็นไข้หวัดบ่อย ๆ ดังนั้น มารดาควรให้การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการบุตรให้เหมาะสมตามวัย ดังนี้ (เพ็ญศรี พิชัยสนธิ, 2530 ; ค้วนขาวหนู, 2534 ; เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2539)

1.1 การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา นมมารดาเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก เนื่องจากมีสารอาหารครบถ้วน สมดุล และพอเหมาะกับความต้องการของทารกในช่วง 4-6 เดือนแรก นอกจากนี้ นมมารดายังมีสารอื่น นอกเหนือจากสารอาหาร เช่น ฮอโมน เอนไซม์ มีสารควบคุมการเจริญเติบโตของร่างกาย (Growth factors) รวมทั้งมีภูมิคุ้มกันโรคและสารต่อต้านเชื้อโรค ซึ่งได้จากน้ำนมเหลือง (Colostrum) ที่หลั่งออกมาในระยะ 2-3 วันแรก ซึ่งอุดมไปด้วยเม็ดเลือดขาว โปรตีน วิตามินเอ และแร่ธาตุหลายชนิด จึงเป็นภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อ เช่น หวัด โปลิโอ วัณโรค หูน้ำหนวก ฯลฯ จากการศึกษาของสุภาภรณ์ มิตรภานนท์ (2538) พบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาน้อยกว่า 6 เดือน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ดังนั้น ควรเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเป็นอาหารหลักในระยะ 6 เดือนแรก หรือเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียว ตั้งแต่แรกเกิด จนอายุ 4-6 เดือน (วีระพงษ์ ฉัตรานนท์, น.ป.ป.)

1.2 การดูแลให้บุตรได้รับอาหารที่มีประโยชน์ และเหมาะสมตามวัยดังนี้

1) การดูแลให้อาหารเสริมตามวัย ในระยะ 6 เดือนแรก อาหารเสริมคือ อาหารอื่น ๆ ทุกอย่างนอกเหนือจากนมมารดา หลังจาก 6 เดือนไปแล้ว อาหารเสริมจะค่อย ๆ แทนนมมารดาทีละมือน จนกลายเป็นอาหารหลัก และนมมารดาจะกลายเป็นอาหารเสริมอย่างหนึ่ง สำหรับอาหารเสริมในเด็กทารกควรเป็นดังนี้ (เพ็ญศรี พิชัยสนธิ์, 2530 ; เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2539)

อายุ 4 เดือน ให้ข้าวบดผสมไข่แดงต้มสุก ข้าวบดกับตับ สลัดกับข้าวบด กับถั่วต้มเปื่อย หรือเต้าหู้ขาว

อายุ 5 เดือน เริ่มให้เนื้อปลา ฟักทอง หรือผักใบเขียว เช่น ตำลึง ผักบุ้ง ผสมกับข้าวและน้ำซุปสลัดกับไข่แดงและข้าว

อายุ 6 เดือน ให้อาหารแทนนมมารดา 1 มื้อ ให้กล้วยหรือมะละกอสุก เป็นอาหารว่างอีก 1 มื้อ

อายุ 7 เดือน ให้อาหารเนื้อได้ทุกชนิด เช่น ไก่ หมู วัว ตับ ต้มเปื่อยแล้วบด หรือสับให้ละเอียด ให้ไข่ทั้งฟองได้

อายุ 8-9 เดือน ให้อาหารแทนนมมารดา 2 มื้อ และเริ่มให้ของหวานภายหลังอาหารคาว หรือให้ผลไม้แต่ควรหั่นเป็นชิ้นเล็ก ๆ

อายุ 10-12 เดือน ให้อาหารแทนนม 3 มื้อ

2) ดูแลให้บุตรได้รับอาหารที่มีประโยชน์และปริมาณเพียงพอ เมื่อเด็กอายุ 1 ปีขึ้นไป ควรได้รับอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ เด็กวัยนี้ต้องการอาหาร โดยเฉพาะโปรตีนมากกว่าคนทุกอายุ เมื่อเทียบกันตามน้ำหนัก นั่นคือ ต้องการในปริมาณ 1.5 กรัม ค่อนน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน หากเด็กขาดอาหารจะทำให้การเจริญเติบโตหยุดชะงัก ร่างกายอ่อนแอ ขาดอำนาจต้านทานโรค ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ (โรคติดต่อ) ต่าง ๆ เป็นประจำ และตายได้ง่าย (ควิน ขาวหนู, 2534) ดังนั้นเด็กในวัย 1-5 ปี จึงควรได้รับการเอาใจใส่ให้ได้รับอาหารในปริมาณที่เพียงพอ และได้รับสารอาหารครบถ้วนทั้ง 5 หมู่ โดยควรให้อาหารหลักหมู่ที่ 1 ให้มาก ควรให้กินเนื้อสัตว์และเครื่องในสัตว์ วันละ 3-4 ช้อนโต๊ะ ไข่อย่างน้อย 1 ฟอง นมหรือเครื่องดื่มผสมนมไม่น้อยกว่า 2 ถ้วย กินผักใบเขียวและผักอื่น ๆ วันละ 4-8 ช้อนโต๊ะ ผลไม้และน้ำผลไม้วันละ $\frac{3}{4}$ -1 ถ้วย กินน้ำมันพืชวันละ 2 ช้อนโต๊ะ สำหรับข้าวและแป้งนั้นกินพออิ่ม หรือไม่เกินวันละ 3 ถ้วย (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2539) เด็กวัยนี้อาจกินอาหารได้ครั้งละไม่มากนัก อาจรู้สึกหิวระหว่างมื้อหรือหลังจากวิ่งเล่น ควรให้อาหารระหว่างมื้อที่มีประโยชน์ให้เด็ก เช่น นม น้ำผลไม้ ผลไม้ ถั่วลิสงคั่ว หรือขนมที่ทำจากถั่วเมล็ดแห้ง เป็นต้น ส่วนอาหารที่ไม่เหมาะสมสำหรับเด็ก ได้แก่ อาหารหมักดอง อาหารเนื้อสัตว์ที่ปรุงไม่สุก อาหารรสจัด เครื่องดื่มบางชนิด เช่น น้ำอัดลม น้ำชา กาแฟ ขนมหวานจัด

ลูกกวาด ท็อปปี้ จะทำให้เด็กฟันผุเร็ว และอ้วนก่อนถึงเวลาอาหารทำให้เด็กกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายได้น้อย

2. การดูแลให้บุตรได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

ในเด็ก 1 ขวบ จะต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐาน 6 ชนิด คือ วัคซีนป้องกัน วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปлиоและหัด และเมื่อเด็กอายุปีครึ่ง -2 ปี และ 4-7 ปี ควรได้รับวัคซีนต่าง ๆ เช่น คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปлио และวัณโรค กระตุ้นซ้ำตามเกณฑ์ เพื่อช่วยให้เด็กมีภูมิต้านทานโรคต่าง ๆ และทำให้ไม่เป็นหวัดและปอดบวมตามมา

3. การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค

โดยไม่让孩子คลุกคลีกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ในกรณีที่แม่เป็นหวัดไม่ควรจูบลูก ไม่ไอ จาม รดหน้าลูก ไม่หายใจตรงหน้าเด็ก ควรจะล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง ก่อนจะจับต้องสิ่งของที่ลูกใช้ในการรับประทานอาหาร จากการศึกษาของ Ansari et al. (1991 cited by Curry, Andrews and Daniel, 1997) พบว่า เชื้อ Rhinovirus ที่ปนอยู่ในน้ำมูก จะมีชีวิตรอดอยู่ได้นานถึง 3 ชั่วโมง ถ้าติดอยู่ที่มือ ดังนั้น การล้างมือจะช่วยป้องกันไม่ให้เชื้อโรคไปสู่ตัวลูก และเมื่อมีคนป่วยในบ้านควรจะแยกนอนคนละมุมบ้าน หรือคนละห้องกับเด็ก (ชนิกา ตู้จินดา, ม.ป.ป.) นอกจากนี้ ไม่พาเด็กเล็ก ๆ ไปสถานที่แออัด (มนตรี ตู้จินดา, 2525 ; กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2533 ; ชนิกา ตู้จินดา, 2538) เช่น โรงภาพยนตร์ หรือมหรสพอื่น ๆ ศูนย์การค้า ตลาด เพราะเป็นที่รวมของเชื้อโรคต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้เด็กติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจได้ง่าย

4. การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน

โดยทำความสะอาดบ้านเรือนไม่ให้มีฝุ่นละออง เนื่องจากฝุ่นเป็นพาหะทำให้เชื้อโรคไปเกาะจึงควรเปิดหน้าต่างให้โปร่ง เพื่อระบายอากาศ ให้แสงแดดส่องถึงและลมโกรกเข้าไปในบ้าน (ชนิกา ตู้จินดา, 2538) นอกจากนี้ควรดูแลไม่ให้มีควันบุหรี่ หรือควันไฟภายในบ้าน เนื่องจากบ้านที่มีผู้สูบบุหรี่ หรือควันจากการหุงต้มด้วยฟืน ควันจะระคายเคืองเยื่อระบบหายใจ ทำให้เป็นหวัด ไอ ได้ง่ายและบ่อย (ประมวญ สุนากร, 2540) จากการศึกษาของ อ้อมจิต ว่องวานิช (2535) ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเด็กพบว่า การสูบบุหรี่ใกล้เด็กของบิดา การสูบบุหรี่ใกล้เด็กของบุคคลอื่น และการสูบบุหรี่ของบุคคลอื่น มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95.0 โดยมีโอกาสเกิดโรคเป็น 7.15 เท่า, 6.62 เท่า และ 6.24 เท่า ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กานดา วัฒนภัส และคณะ (2536) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็กต่ำกว่า 5 ปี พบว่า การที่บิดาสูบบุหรี่

และภายในบ้านใช้ถ่านหุงต้มเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ ดังนั้นจึงควรห้ามผู้ใหญ่สูบบุหรี่ภายในบ้าน หรือสูบบุหรี่ใกล้เด็ก และไม่ใช่ถ่านหุงต้มในบ้าน

5. การรักษาความอบอุ่นร่างกาย

อากาศที่หนาวเย็นจะทำให้เด็กเล็กเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ฉะนั้นควรต้องให้ความอบอุ่นร่างกาย โดยเมื่ออากาศหนาวเย็นควรใส่เสื้อผ้าหนา ๆ หรือห่มผ้าให้เด็กเล็ก ๆ ควรสวมถุงมือ ถุงเท้า ให้อาบน้ำอุ่น หรืออาบน้ำให้ในช่วงกลางวันหรือตอนบ่าย (วันเพ็ญ รักชีพ, 2539) กลางคืนคอยห่มผ้าและกันไม่ให้ผ้าหลุด ปิดประตูหน้าต่างไม่ให้ลมเป่าเข้า มากระทบศีรษะหรือหน้าอก (ชนิกา คูจินดา, 2538)

6. ดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน

การออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเพียงพอ จะส่งเสริมให้ร่างกายเด็กแข็งแรง ซึ่งจะ เป็นภูมิคุ้มกันไม่ให้เจ็บป่วยได้ง่าย การออกกำลังกายสำหรับเด็ก ได้แก่ การพาเด็กเดินเล่นหรือให้วิ่งเล่นในที่อากาศบริสุทธิ์ โดยจะต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ หากไม่มีเวลาควรใช้เวลาว่างในวันเสาร์-อาทิตย์ พาเด็กออกกำลังกาย สำหรับการพักผ่อนนั้นในช่วงวัย 1-5 ปี ควรนอนกลางคืนอย่างน้อยวันละ 10-12 ชั่วโมง และควรนอนกลางวันประมาณ 1-2 ชั่วโมง (ปริยา เกตุทัต, 2536) ดังนั้นมารดาควรดูแลให้บุตรได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ทั้งกลางวันและกลางคืน อย่างน้อยวันละ 10-12 ชั่วโมง

เมื่อบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก ในกลุ่มอาการที่ไม่รุนแรง มารดาสามารถให้การดูแลรักษาเบื้องต้นที่บ้านได้ โดยการปฏิบัติดังต่อไปนี้ (ชนิกา คูจินดา, ม.ป.ป. ; ประมวญ สุทินกร, 2532 ; 2540 ; กองวิมลโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2533 ; วันเพ็ญ รักชีพ, 2539 ; Thompson & Ashwill, 1992 ; Curry, Andrews and Daniel, 1997)

1. การดูแลเมื่อมีอาการไข้

ถ้าเด็กตัวร้อนจัดให้ปฏิบัติดังนี้

- เช็ดตัวด้วยผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่น บิดให้หมาด เช็ดตามหน้า ลำตัว แขน ขา และข้อพับต่าง ๆ
- ใส่เสื้อผ้าบาง ๆ อย่าห่อตัวเด็ก
- ให้กินยาลดไข้พาราเซตามอล ทุก 4-6 ชั่วโมง ตามขนาดอายุเด็ก เมื่อเช็ดตัวแล้วไข้ยังไม่ลดและเมื่อไข้ลดแล้วต้องงดให้ยา

- ถ้าเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน มีไข้ให้พาไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ควรรักษาเองเพราะอาจเป็นโรครุนแรง

2. การดูแลเมื่อมีอาการไอ

- ให้ดื่มน้ำอุ่นบ่อย ๆ หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำเย็น
- รายที่ไอมากอาจใช้ยากกลางบ้าน เช่น น้ำผึ้งผสมมะนาวป้ายลิ้น หรือชงน้ำอุ่น ๆ แล้วป้อนแทนยา หรือให้กินยาแก้ไอขององค์การเภสัชกรรม ได้แก่ ยาแก้ไอขับเสมหะสำหรับเด็ก (Ammonium carbonate) หรือยาแก้ไอเด็กเล็ก (Glyceryl guaiacolate) โดยก่อนให้ยาจะต้องอ่านฉลากยาโดยละเอียด และให้ตามขนาดอายุเด็ก

3. การดูแลเมื่อมีน้ำมูก

- ทำความสะอาดภายในจมูกเพื่อให้หายใจสะดวก โดยเช็ดน้ำมูกออกจากจมูก อาจใช้สำลีพันเป็นแท่งปลายแหลม หรือกระดาษนุ่มม้วนเป็นแท่ง แหย่เข้าไปในช่องจมูกแล้วซับดึงน้ำมูกออกมา ในเด็กเล็กอาจใช้ลูกสุบยางแดงดูดน้ำมูกออกหรือในเด็กโตควรสอนให้สูบน้ำมูกออกมา

- ถ้าน้ำมูกแห้งให้ใช้น้ำเกลือหรือน้ำดม้สุก หยดจมูกก่อน เพื่อให้ น้ำมูกนิ่มลงแล้วจึงซับหรือเป็ยออก

- ไม่ควรใช้ยาลดน้ำมูก เพราะนอกจากไม่ค่อยได้ผลแล้วยังมีผลข้างเคียง เช่น Tachycardia, Excitement, Insomnia, Visual hallucination, Nightmares ฯลฯ (กองวิธโรค, กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2539 ; ประมวลู สุนากร, 2540 ; Browing, 1990 eited by Curry, Andrews and Daniel, 1997)

- ไม่ควรให้กินยาปฏิชีวนะในโรคหวัด เพราะการกินยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นอาจแพ้ยา เชื้อโรคดื้อยา และยังไม่สามารถป้องกันโรคแทรกซ้อน ทั้งไม่ทำให้โรคหวัดหายเร็ว

4. การดูแลเกี่ยวกับการให้อาหาร และน้ำ ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรง โดยให้รับประทานอาหารและนมตามปกติ นอกจากนี้พบว่า การได้รับวิตามินซี 1-6 กรัม/วัน จะช่วยลดระยะเวลาและความรุนแรงของโรคไข้หวัดได้ ชูบไก่จะช่วยลดการคั่งของน้ำมูก (Browning, 1990 cited by curry, Andrews and Daniel, 1997) อย่างไรก็ตาม ถ้าเด็กไม่ยอมรับประทานอาหาร ก็ไม่ควรบังคับหรือฝืนใจเด็ก ควรให้ตามจำนวนที่ต้องการ หากที่มีอาการเจ็บคอ ควรให้อาหารอ่อน และก่อนข้างอุ่นทีละน้อยบ่อย ๆ ควรให้ดื่มน้ำมาก ๆ และบ่อย ๆ เพื่อช่วยให้เสมหะเหลวขับออกง่าย และช่วยลดไข้

5. การดูแลให้พักผ่อน ด้วยการสนับสนุนช่วยเหลือให้พักผ่อนและนอนหลับมากขึ้น แม้ว่า จากอาการแสดงของโรคจะทำให้นอนหลับได้ยาก ซึ่งมารดาจะต้องหาวิธีการที่จะช่วย

บรรเทาอาการของโรค เพื่อเอื้ออำนวยให้เด็กพักผ่อน ทั้งนี้เนื่องจากมีความสำคัญต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกาย นอกจากนี้ควรให้พักผ่อนอยู่ในบ้าน จนมีอาการดีขึ้น ค่อยให้ออกนอกบ้าน ไม่ให้ไปโรงเรียน สถานเลี้ยงเด็ก เพราะนอกจากจะไม่ได้พักผ่อนแล้วยังเป็นการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น

6. การดูแลรักษาความอบอุ่นของร่างกาย โดยใส่เสื้อผ้าให้หนาพอสมควร ห่มผ้าให้เวลานอน และหลีกเลี่ยงการสัมผัสอากาศเย็น เช่น ดากพัดลม

7. การดูแลสิ่งแวดล้อม โดยให้เด็กอยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทดี แสงแดดส่องถึง ไม่พาบุตรไปในสถานที่แออัด เพราะจะทำให้กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ สรงน้ำมูก บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด สอนให้ปิดปาก จมูก เวลาไอหรือจาม แล้วล้างมือให้สะอาด

8. การสังเกตอาการผิดปกติ โดยสังเกตอาการที่แสดงว่าบุตรมีอาการรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ อาการไข้สูงติดต่อกันเกิน 3 วัน อาการไม่ดีขึ้นใน 1 สัปดาห์ เด็กไม่ยอมกินนมหรือน้ำ อาการหายใจลำบาก เช่น หายใจเร็วกว่าปกติ หายใจชายโครงบวม หรือหายใจมีเสียงดังฮืด เวลาหายใจเข้าหรือเสียงหวีดเวลาหายใจออก เมื่อพบอาการดังกล่าว ต้องนำเด็กไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

จะเห็นได้ว่า โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กมีหลายโรคและหลายระดับอาการ กลุ่มอาการไม่รุนแรงจะเกิดจากเชื้อไวรัส ซึ่งไม่มียารักษาโดยตรง การรักษาที่สำคัญคือการรักษาตามอาการ ซึ่งมารดาหรือผู้ปกครองเด็กสามารถให้การดูแลรักษาเบื้องต้นที่บ้านได้ ส่วนกลุ่มอาการรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก จะเกิดจากเชื้อแบคทีเรียเป็นส่วนใหญ่ จึงต้องนำเด็กไปรักษาที่สถานบริการสุขภาพ ในการดำเนินการโครงการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กในปัจจุบัน ในระดับชุมชน ได้เน้นให้มารดาหรือผู้ปกครองเด็กทราบวิธีป้องกันและหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคและสามารถให้การดูแลรักษาเบื้องต้นที่บ้านแก่ผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง เช่น โรคไข้หวัดได้อย่างถูกต้องหรือส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมนั่นเอง

2.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

จากการศึกษาความหมายของพฤติกรรมสุขภาพพบว่า มีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ ดังนี้

Kasl and Cobb (1966 cited by Alonzo, 1993) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การกระทำใด ๆ ก็ตามในขณะที่ยังมีสุขภาพดี ไม่มีอาการของโรค ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดี และมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันมิให้เกิดโรค

Gochman (1981 cited by Gochman, 1988) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้กว้างกว่าการป้องกันโรคเพียงอย่างเดียว โดยให้ความหมายว่า หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2537) ได้อธิบายความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า กิจกรรมใดปฏิบัติโดยบุคคลที่สามารถวัดได้ ระบุได้ ทดสอบได้ว่าเป็นความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการกระทำในเรื่องสุขภาพ ล้วนเป็นพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2535) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่ว ๆ ไป แต่มุ่งเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรักษาความสะอาด อันได้แก่ การอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม ฯลฯ ซึ่งสิ่งแสดงออกดังตัวอย่างที่ยกมานี้ จะสามารถมองเห็นได้หรือสังเกตได้อย่างชัดเจนว่าบุคคลได้กระทำหรือปฏิบัติ

จากความหมายของพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลในภาวะปกติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และในภาวะเจ็บป่วยเพื่อรักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพร่างกายให้กลับสู่สภาพปกติ

Kasl and Cobb (1966 อ้างใน มัลลิกา มดีโก, 2534) ได้จำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะ คือพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick role behavior) ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี และไม่มีอาการของการเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เช่น การนอนหลับอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การพักผ่อนหย่อนใจ การเดิน การบริหารร่างกาย การไม่บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การสวมหมวกป้องกันศีรษะสำหรับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัยสำหรับผู้ขับขี่รถยนต์ การปฏิบัติตามกฎจราจร และการปฏิบัติตามกฎระเบียบเพื่อความปลอดภัยในระหว่างทำงาน

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีผลต่ออาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วยโดยพยายามอธิบาย หรือตีความหมายอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง การปรึกษาเพื่อนบ้านญาติพี่น้อง และพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ นานา เพื่อให้อาการเหล่านั้นทุเลาลงหรือหมดไปก่อนที่จะมีอาการหนักขึ้น



3. พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การกระทำที่ตนเองและบุคคลอื่นกำหนดและให้การยอมรับว่าเป็นผู้ป่วย โดยบุคคลนั้นจะเข้าสู่บทบาทผู้ป่วยตามที่สังคมนั้น ๆ กำหนด เช่น การหยุดจากงานปกติไว้ชั่วคราว การเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งของบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ เพื่อให้อาการเจ็บป่วยนั้นหายสู่สภาพปกติ ขณะเดียวกันบุคคลนั้นจะได้รับการดูแลจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์

โดยที่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ยังดูแลช่วยเหลือตนเองได้น้อย เนื่องจากเด็กเพิ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (Orem, 1991) จึงต้องอาศัยมารดาในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ลักษณะดังกล่าว คือ พฤติกรรมสุขภาพ, พฤติกรรมความเจ็บป่วย และพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย หรืออาจกล่าวได้ว่า มารดาจะต้องมีการดูแลบุตรทั้งในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับที่ มัลลิกา มัติโก (2530) ได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self care in health) เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอเป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะคือ

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เช่น การไปปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับคือการป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention)

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self care in illness) เป็นพฤติกรรมเมื่อบุคคลรับรู้ได้ว่าตัวเองมีความผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตนเองจากครอบครัวหรือเครือข่ายสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับ ด้วยกัน คือ การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual self care) การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family care) การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the extended social network) และการดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual aid หรือ Self help group)

สำหรับพฤติกรรมการป้องกัน และพฤติกรรมการดูแลเมื่อเจ็บป่วย เป็นส่วนหนึ่งของ พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาความหมายและแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ พอจะสรุปความหมายของพฤติกรรมการป้องกัน และพฤติกรรมการดูแลเมื่อเจ็บป่วยได้ดังนี้

พฤติกรรมการป้องกัน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง และป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรือลดโอกาสการเกิดโรค รวมทั้งหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิสัยส่วนบุคคลที่ดี การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ การไปรับภูมิคุ้มกันโรค การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

พฤติกรรมการดูแลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่า ตนเองเจ็บป่วยหรือเป็นโรค เพื่อดูแลรักษาอาการของโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกายให้คืนสู่สภาพปกติ เช่น การไม่ทำอะไรเลย การใช้ยารักษาตนเอง การรักษาตนเองโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น นอนพัก ดื่มน้ำอุ่น ฯลฯ และการไปรับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันและดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลัน

ระบบหายใจในเด็กของมารดา

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กตามวิถีชีวิตไทย จากหมู่บ้านในชนบททั้ง 4 ภาค โดยสุนัน อมรวิวัฒน์ และคณะ (2534) พบว่า ในภาวะปกติ วิธีการป้องกันโรคที่ปฏิบัติคล้ายคลึงกันในทุกภาคคือ การไม่ให้เด็กถูกน้ำค้าง การใส่เสื้อผ้าหนา ๆ และการไม่อาบน้ำเมื่ออากาศหนาวเย็น แต่ไม่พบการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค โดยวิธีการหลีกเลี่ยงไม่ให้ติดโรค เช่น ยังปล่อยให้เด็กใช้ของใช้ร่วมกับเด็กป่วย นอนรวมกับผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ ในด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมพบว่า มีสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น บ้านไม่มีหน้าต่าง และมีการเลี้ยงสัตว์ได้ดูบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของพิเชษฐ ลิละพันธุ์เมธา และคณะ (2535) พบว่า ประชาชนชาวอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น มีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัด เช่น การไม่คลุกคลีกับผู้ป่วย การทำให้ร่างกายอบอุ่นพอดี ไม่ร้อน ไม่หนาวเกินไป โดยการไม่ตากแดด ไม่ให้ถูกอากาศเย็น ไม่ให้ถูกลมแรง ห่มผ้าเวลนอน อาบน้ำอุ่น ไม่นอนตากลมเพียงร้อยละ 10.0 เท่านั้น นอกจากนี้จากการศึกษาของมะลิวัลย์ ยามโสภา (2537) พบว่า มารดาเด็กแรกเกิด - 6 เดือน ในเขตจังหวัดมหาสารคาม มีพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กในด้านการป้องกันโรคไม่ถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การเปิดพัดลมเป่าที่ตัวลูกขณะหลับตลอดเวลาถึงร้อยละ 46.0 และเมื่อมารดาเป็นหวัดจะกอดจูบลูกร้อยละ 37.0 รวมทั้งพาบุตรไปชมดนตรีและชมภาพยนตร์อีกร้อยละ 27.0 ส่วนการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ในชุมชนชนบทอีสานของวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี และคณะ (2537) พบว่า ในภาวะปกติแบบแผนการเลี้ยงดูเด็กในเด็กแรกเกิด มารดาทั้งหมดจะเลี้ยง

ลูกด้วยนมแม่ และเด็กร้อยละ 87.9 จะได้รับข้าวต้มเมื่ออายุ 1-7 วัน โดยมารดาจะดูแลเด็กตาม ธรรมชาติ และขาดการดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับสุขนิสัยของเด็ก เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุขุมล ธนาเศรษฐ์อังกูล และคณะ (2537) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนชนบท เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับอาหาร เสริมไม่เหมาะสม ได้แก่ เด็ก ได้รับข้าวและกล้วยเร็วเกินไป โดยจะได้รับในช่วงแรกเกิด - 3 เดือน ส่วนในช่วง 3 เดือน เด็กได้รับอาหารประเภทผัก ไข่ และเนื้อเร็วเกินไป นอกจากนั้นพบว่า เด็ก บางคนยังคงได้รับข้าวและกล้วยมาตั้งแต่อายุ 2 เดือน ทดแทนนมมารดาและนมผสมถึง 1 มื้อ และ ช่วงอายุ 5 เดือน พบว่ามารดาเด็กบางคนยังคงให้ข้าวและกล้วย โดยไม่มีอาหารประเภทอื่นเพิ่ม และให้แทนนมมารดาถึง 2 มื้อ ส่วนการได้รับภูมิคุ้มกันโรคต่าง ๆ พบว่า ส่วนใหญ่จะได้รับวัคซีน บีซีจี ดีทีพี โอพีวี และหัด ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

สำหรับการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนที่ ผ่านมาพบว่า เมื่อเจ็บป่วยประชาชนจะนิยมดูแลด้วยตนเองมากที่สุด โดยเฉพาะในการเจ็บป่วยที่ เล็กน้อย ซึ่งวิธีที่ปฏิบัติมากที่สุดก็คือ การซื้อยากินเอง (พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ , 2530 ; วีรพันธุ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ, 2531 ; สุขุมล ธนาเศรษฐ์อังกูล และคณะ, 2537 ; สมทรง ณ นคร และคณะ, 2539) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวครอบคลุมถึงการดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วยด้วย เช่น เดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า เมื่อเจ็บป่วยด้วยอาการไข้และไอ ประชาชนในชุมชน ลิงหล ประเทศศรีลังกา จะนิยมดูแลรักษาด้วยตนเองที่บ้านเป็นอันดับแรก โดยใช้ทั้งการรักษาแบบ พื้นบ้านและการใช้ยาแผนปัจจุบันในการรักษา (Woffers, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hunte and Sultana (1992) ที่พบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยต่าง ๆ ในเด็ก เช่น อาการไข้ หนาวสั่น ถ่ายเหลว เจ็บหน้าอก ฯลฯ มารดาในประเทศปากีสถานจะให้การดูแลที่บ้าน โดยการปรุงยา สมุนไพรให้บุตรรับประทาน มีการให้อาหารเฉพาะที่คำนึงถึงความร้อน-เย็น รวมทั้งมีการซื้อยา แผนปัจจุบันจากร้านขายยา เช่น ยาลดไข้ ยาแก้ไอ มาให้รับประทานเองก่อนที่จะแสวงหาการ รักษาวิธีการอื่น ๆ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Csets (1993) พบว่า เมื่อเด็กอายุ 0-6 ปี เจ็บป่วย ด้วยอาการไข้ ไอ และหวัดในระยะแรก ผู้ปกครองเด็กในราววันดาส่วนใหญ่ จะไม่ทำการรักษาใด ๆ แต่จะมีการแสวงหาการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การพาไปสถานบริการสุขภาพ การซื้อยาแผน ปัจจุบันให้รับประทาน เมื่อมีอาการป่วยตั้งแต่ 5 วันขึ้นไป และจากการศึกษาของ Malik et al. (1993) พบว่า รูปแบบการดูแลรักษาเด็กป่วยด้วยโรคปอดบวมของมารดาในปากีสถาน มีรูปแบบ พื้นฐาน 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ในช่วง 1-2 วันแรก มารดาจะให้เด็กอยู่ในบ้าน สังเกตอาการและ ดูแลให้ความอบอุ่น โดยส่วนใหญ่จะให้สมุนไพร เช่น ให้รับประทาน น้ำชา น้ำผึ้ง ให้ดื่มนมที่อุ่น ให้ร้อน ฯลฯ บางรายพันผ้าที่หน้าอก นวดหน้าอกและคอให้ และใช้ไอน้ำอุ่นในการรักษา รวมทั้ง

มีการใช้ยานตราย เช่น ยาที่มีส่วนผสมของยากันชัก และยากดประสาท ในระยะที่ 2 คือ ในช่วง 1-2 วันต่อมา มารดาส่วนใหญ่จะนำบุตรไปปรึกษาเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และในระยะที่ 3 จะนำบุตรไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยมีค่าเฉลี่ยเมื่อเจ็บป่วยมาแล้ว 3.8 วัน

ในประเทศไทย ก็พบผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาของวิมา อิศรางกูร ณ อยุธยา และคณะ (2534) ที่ศึกษาพฤติกรรมของครอบครัวและชุมชน ในการดูแลรักษาพยาบาลการป่วยในเด็กวัยก่อนเรียนของชาวอีสาน พบว่า อาการป่วยที่เกิดขึ้นในเด็กมากเป็นอันดับแรก และเกิดทุกฤดูกาล ได้แก่ อาการไข้ซึ่งลักษณะไข้จะเป็นการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนต้น การดูแลอาการป่วยในเด็กอายุ 1-6 ปี เมื่อมีอาการไข้ใน 1-2 วันแรก มารดามักจะรักษาโดยสมุนไพร และซื้อยาลดไข้แผนปัจจุบันจากร้านขายของชำในหมู่บ้าน โดยส่วนใหญ่มักจะให้ยาควบกัน 2 ชนิด ได้แก่ ยาลดไข้ยารักษาควบกับยาแก้ไ้ตราง ยาแก้ไ้ไวคูล ควบกับยาดราสังห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ (2536) ที่พบว่า เมื่อเด็กอายุ 1-5 ปี เจ็บป่วยด้วยอาการไข้ตัวร้อน พ่อแม่จะนิยมซื้อยาให้ลูกกินเองถึงร้อยละ 40.0 โดยยาที่นิยมซื้อให้ลูกกิน จะซื้อจากร้านค้าในหมู่บ้าน เช่น ยาแก้ไ้ตราง ยาซันดีซีโอ ยาซางกิ่งเพชร ยาไวคูล เป็นต้น นอกจากนี้จากการศึกษาของพิเชษฐ ลิละพันธุ์เมธา และคณะ (2535) พบว่า เมื่อเด็ก 0-5 ปี เป็นไข้ จะมีแม่เด็กเป็นผู้ดูแลร้อยละ 92.0 และพบว่า ประชาชนยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัวขณะเด็กป่วยเป็นไข้ พฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง พฤติกรรมการไปใช้สถานบริการในกลุ่มเป็นไข้ไม่ร้ายแรง เนื่องจากไม่มั่นใจว่าตนเองจะรักษาอย่างไร สำหรับการเช็ดตัวลดไข้พบมีการปฏิบัติร้อยละ 87.9 แต่พบว่า ปฏิบัติถูกต้องตามหลักการเพียงร้อยละ 21.3 สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ มิตรภานนท์ (2538) ที่พบว่ามารดาเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ ยังไม่ทราบวิธีเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้อง และจากการศึกษาพฤติกรรมดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วย ด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กของมารดาที่ผ่านมา จากการศึกษาของบุษบง โกฏวิเชียร (2533) พบว่า มารดาเด็กอายุ 0-5 ปี บางคนยังมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ถูกต้อง เช่น รับรู้ว่าไข้หวัดเป็นโรคที่พบได้กับบุคคลทั่วไป ไม่มีอันตรายรุนแรง และควรงดอาหารเนื้อ และไข่ ให้รับประทานข้าวต้มเพียงอย่างเดียว และการที่เด็กดื่มน้ำมาก ๆ จะทำให้ท้องอืด และเมื่อเด็กเป็นไข้หวัดมารดาซื้อยาแก้ไอแอสไพรินให้เด็กกินได้ เป็นต้น และจากการศึกษาของประกริต รัชวัตร (2536) พบว่า มารดาเด็กวัยขวบปีแรก ยังมีการดูแลบุตรเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ด้วยอาการไข้ ไอ น้ำมูกมาก ไม่เหมาะสม เช่น บางรายจะไม่ให้บุตรดื่มน้ำมาก ๆ แต่จะให้ห่มผ้าหนา ๆ เมื่อมีไข้สูง และมีการใช้ยาลดไข้ไม่ถูกต้อง เป็นต้น

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่ามารดายังมีพฤติกรรมการป้องกันและดูแลบุตรในขณะที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจไม่ถูกต้องเหมาะสม และการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ทั้งที่การดูแลบุตรของมารดานั้น เป็นกระบวนการที่จะต้องกระทำทั้งในภาวะปกติและในขณะที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก เป็นโรคที่สามารถป้องกันและควบคุมโรคได้ จึงสมควรที่จะต้องมีการศึกษาทั้งพฤติกรรมการป้องกันและดูแลบุตรในขณะที่เจ็บป่วยในขณะเดียวกัน และเมื่อพิจารณาถึงกลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ในการศึกษาพบว่า ที่ผ่านมาจะเป็นการศึกษาในกลุ่มมารดาที่พาบุตรมารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งถือว่ามีความถูกต้องอยู่แล้วในบางเรื่อง มารดามีโอกาสได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนวิธีปฏิบัติในการดูแลบุตร เพื่อป้องกันและดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วย จากเจ้าหน้าที่ขณะมารับบริการแต่ละครั้ง ซึ่งจะส่งผลให้มารดาที่มีพฤติกรรมที่ค่อนข้างจะถูกต้อง กลุ่มประชากรดังกล่าวยังไม่ถือเป็นตัวอย่างที่ดีของมารดาทั้งหมดได้ เนื่องจากยังมีมารดาอีกจำนวนมาก และเป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่อาศัยอยู่ในชนบท ซึ่งส่วนใหญ่มีการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษาและฐานะยากจน อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล และมีโอกาสมาใช้บริการที่โรงพยาบาลน้อย และจากสภาพสังคมในชนบทที่มีระบบความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดจากผู้อาวุโส และเครือข่ายทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องอยู่มาก จึงทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันและดูแลบุตรในขณะที่เจ็บป่วย ด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาในชนบท ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะทำให้เห็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการดูแลบุตรในขณะที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่ชัดเจน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กมีพฤติกรรมการป้องกัน และดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย ด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่ถูกต้องต่อไป

2.4 กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE framework

PRECEDE framework เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่ใช้ศึกษาทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ซึ่ง Green et al. (1980) เป็นผู้พัฒนารูปแบบเพื่อใช้ในการวิเคราะห์และวางแผนงานสุขภาพ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปประยุกต์เข้ากับการอธิบายถึงการเกิดพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องอื่น ๆ อีกด้วย โดยแนวคิดนี้เน้นว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) ดังนั้น ในการดำเนินงานหรือการจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลาย ๆ ด้านประกอบกัน และจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

PRECEDE เป็นคำย่อของคำเต็มว่า Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึง กระบวนการของการใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมนั่นเอง (Green et al, 1980)

PRECEDE framework เป็นกระบวนการวิเคราะห์ที่เริ่มต้นจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแล้ว พิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร ทำไม มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้เกิดผลหรือสภาพดังปรากฏ ซึ่งการดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE framework แบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิต โดยการประเมินปัญหาต่าง ๆ ของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของประชากร

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพอะไรบ้าง ที่เป็นปัญหาสำคัญในสังคมหรือในกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยอาศัยข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่ก่อนแล้ว หรือข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมขึ้นมาใหม่ โดยวิธีการต่าง ๆ แล้วทำการเลือกปัญหาสุขภาพที่ควรได้รับการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 ทำการวิเคราะห์หาพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ได้วิเคราะห์แล้วในขั้นตอนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพที่วิเคราะห์ในขั้นตอนนี้เป็นเป้าหมายสำคัญของการดำเนินงานสุขภาพ ที่จะต้องเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้จำแนกออกเป็น 3 กลุ่มคือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)

ขั้นตอนที่ 5 เป็นการวิเคราะห์หาแนวทางหรือวิธีการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในปัจจัยต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ตามที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 6 เป็นการดำเนินงานตามกลวิธีการทางสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับปัจจัยทางพฤติกรรมและตามแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านั้น

ขั้นตอนที่ 7 เป็นการประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งโดยแท้จริงแล้วการประเมินผลมิได้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินงาน แต่เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานที่ผสมผสานอยู่ในการดำเนินงาน ตั้งแต่การวางแผนดำเนินงานแล้ว โดยการกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินในแต่ละขั้นตอนเอาไว้ตั้งแต่แรกและต่อเนื่องกันไป ตั้งแต่การดำเนินงานจนสิ้นสุดการดำเนินงานและภายหลังการดำเนินงานด้วย

ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้น จำแนกออกเป็น 3 กลุ่มคือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)

ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในลักษณะที่แตกต่างกัน ดังนี้ (Green et al., 1980 ; นิรัตน์ อิมามิ, 2534)

1. ปัจจัยนำ (Predisposing factors)

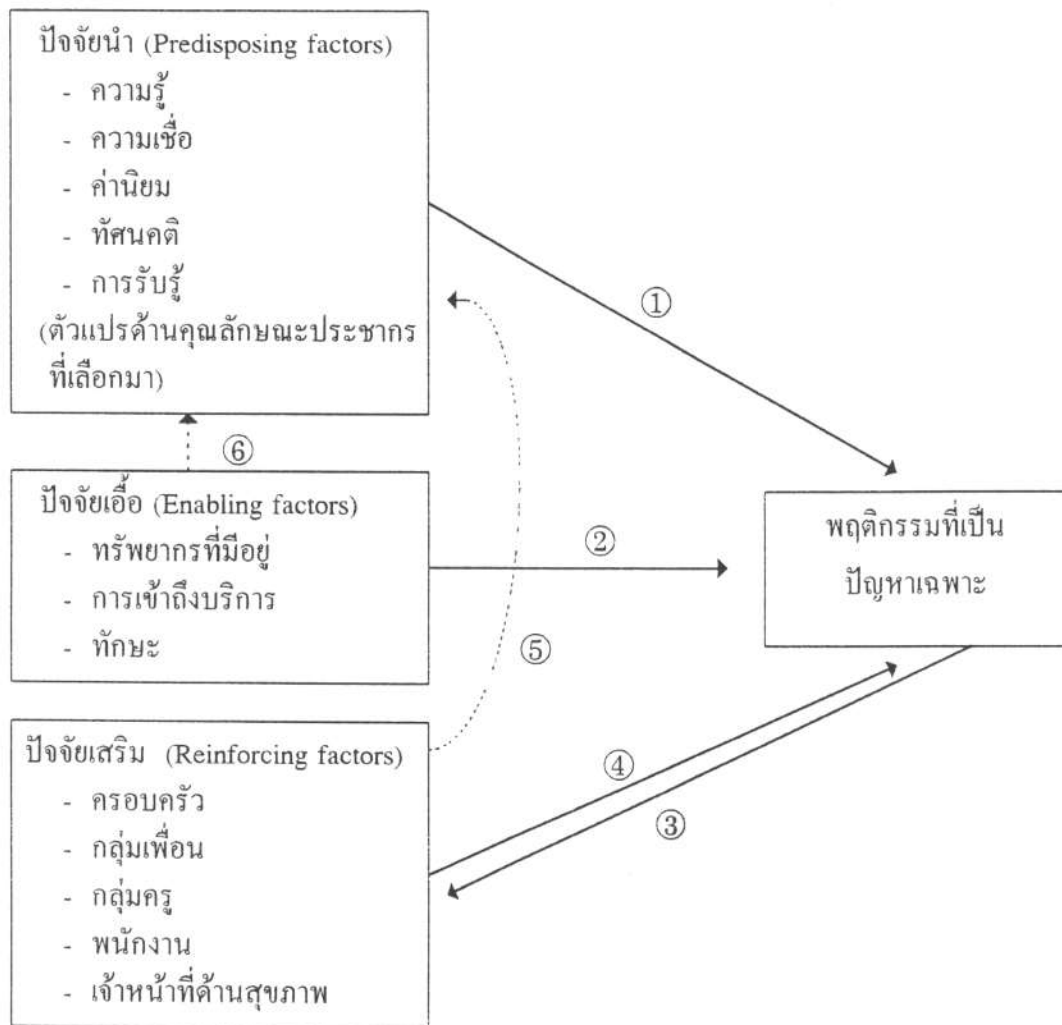
เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรม ซึ่งจะเป็เหตุผลหรือแรงจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้หรือในอีกด้านหนึ่ง ปัจจัยนี้เป็ความพอใจ (Preference) ของบุคคลที่ได้จากประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้ง การแสดงพฤติกรรม องค์ประกอบของปัจจัยนำจะเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยทางด้านประชากร เช่น สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors)

เป็สิ่งจำเป็นสำหรับการที่จะทำใ้บุคคลเกิดพฤติกรรม หรือเอื้ออำนวยให้พฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ หรือเกิดขึ้นได้ ซึ่งเป็นแรงจูงใจหรือแรงบันดาลใจให้พฤติกรรมนั้น ๆ เกิดเป็นจริง ประกอบด้วย การมีทรัพยากรที่จำเป็นอย่างเพียงพอ การเข้าถึงบริการในด้านต่าง ๆ และทักษะของบุคคลในการกระทำพฤติกรรม

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)

เป็ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่ เพียงใด ภายหลังจากบุคคลได้แสดงพฤติกรรมหรือกระทำการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งไปแล้ว โดยอาจเป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน ขกย่อง ชมเชย ให้กำลังใจ การแนะนำหรือการไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ ตลอดจนปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่ได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น ซึ่งอิทธิพลต่าง ๆ เหล่านี้จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจไปยับยั้งหรือสนับสนุนพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้



หมายเหตุ _____ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

..... มีผลกระทบต่อกัน

ภาพที่ 2 ลำดับขั้นของสามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม (Green et al., 1980)

2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังและดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย ด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดา

พฤติกรรมกำบังและดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดา เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งแวดล้อมมนุษย์ และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ซึ่งแต่ละกลุ่ม สถานที่ เวลา ปัญหา จะมีปัจจัยที่แตกต่างกัน (นิรัตน์ อิมามิ, 2534) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE framework ของ Green et al. (1980) ในขั้นตอนการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมมาเป็นกรอบในการศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังและดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดา ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

2.5.1 ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก

ความรู้ (Knowledge) หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดจากการศึกษา หรือการค้นคว้า หรือเป็นความรู้ที่เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของ หรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์ หรือจากรายงาน (The Lexicon Webster, 1977) ความรู้เป็นปัจจัยนำตัวหนึ่งที่ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้เนื่องจากความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2535) และเป็นสิ่งเร้าพฤติกรรมของบุคคลให้แสดงออกมา ดังนั้น ความรู้ที่มารดาได้รับจากทางใดทางหนึ่งเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การติดต่อ การป้องกันและรักษาย่อมมีผลต่อพฤติกรรมของมารดา ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาของ Malik et al. (1993) พบว่ามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคปอดบวม (Recognition of pneumonia signs) จากการที่เคยมีบุตรป่วยด้วยโรคปอดบวม จะสังเกตอาการเกี่ยวกับการหายใจเร็ว (Fast breathing) และหายใจมีชายโครงบุ๋ม (Chest indrawing) ของบุตรได้ถูกต้องมากกว่าและนำบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเร็วกว่ามารดาที่ไม่เคยมีบุตรป่วยด้วยโรคปอดบวม สอดคล้องกับการศึกษาของศิริยา สนั่นเรืองศักดิ์ (2536) พบว่า มารดาที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากการศึกษาของบุษบง โกฏิวิเชียร (2533) พบว่ามารดาที่ได้รับความรู้จากโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วยการสอนสุขศึกษา การสาธิต การให้มารดาทดลองปฏิบัติ การได้รับเอกสารเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก และการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กจาก อสม. เป็นระยะ จะมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันโรค และ

ร้อยละของการปฏิบัติในการควบคุมโรคสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุภาวดี เหลืองขวัญ (2537) พบว่า ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงหลังคลอด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมารดาที่มีความรู้ดีจะมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีกว่ากลุ่มที่มีความรู้ระดับปานกลางและระดับไม่ดี

2.5.2 การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก

การรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคลที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเป็นกระบวนการที่เริ่มจากการมีสิ่งเร้าต่าง ๆ มากระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 จากนั้นร่างกายจะเปลี่ยนเป็นพลังงานสิ่งเร้าส่งไปยังสมอง ให้สมองตีความและแปลความ ภายใต้อิทธิพลของบุคลิกภาพของบุคคล เช่น ประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ความรู้สึกนึกคิด ทักษะ ความจำ การเรียนรู้ โดยผ่านกระบวนการเลือกสรรและตัดสินใจ แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ตอบสนองการรับรู้ นั้น ๆ ดังนั้น การรับรู้จึงเป็นช่องทางหนึ่งสำหรับบุคคลในการเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ หรือไม่

การรับรู้ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลทั้งที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ซึ่ง Becker (1974) ได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยการรับรู้ต่าง ๆ ดังนี้

2.5.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility)

บุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกันว่าตนเองมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยหรือติดโรคเฉพาะหนึ่ง ๆ และจะมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับปัญหาสุขภาพก็ต่อเมื่อรับรู้ว่าเป็นบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพนั้น ๆ จากการรวบรวมผลการวิจัยของ Mikhail et al. (1981) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของบุคคล ทั้งในการป้องกันและรักษาโรค เช่น การรับภูมิคุ้มกันโรค การไปตรวจสุขภาพ การร่วมมือในการรักษา และการไปตรวจตามนัด เป็นต้น จากการศึกษาของศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ (2536) พบว่า มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ บางส่วนยังมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่เหมาะสม เช่น รับรู้ว่าโรคไขหวัดไม่สามารถป้องกันได้ และขาดการรับรู้ว่าการรับประทานอาหารมีแนวโน้มจะเป็นปอดบวมที่รุนแรงกว่าเด็กที่ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง สอดคล้องกับการศึกษาของประกริต รัชวัตร (2536) พบว่า มารดาของเด็กวัยขวบปีแรกมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ถูกต้อง โดยไม่เห็นด้วยว่าเด็กจะมีโอกาสเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจได้ถ้าขาดอาหารไม่ได้กินนมแม่ และบางคนรับรู้ว่าเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจแล้วจะไม่ใช่ซ้ำอีก เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้มารดาไม่ตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

และเสี่ยงบุตรไม่ดีพอในด้านการป้องกันโรคได้ และผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเสี่ยงบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 นอกจากนี้จากการศึกษาของทรงพล ต่อนี้ และประทีน จาดตาล (2540) พบว่า มารดาเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง จะมีการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจดีกว่ามารดาที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า มารดาที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือโรคแทรกซ้อนสูงจะมีพฤติกรรมในการป้องกันและดูแลบุตรในขณะที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่ถูกต้อง มากกว่ามารดาที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือโรคแทรกซ้อนน้อย

2.5.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากแม้ว่าบุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แล้วก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะไม่ทำอันตรายต่อร่างกาย หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของตน (Becker, 1974) จากการศึกษาของนฤมล สีนุพรรณ (2528) พบว่า การที่มารดาในชนบทไม่เคยพานบุตรไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ และพานบุตรไปรับการฉีดวัคซีนไม่ครบ โดยที่มารดาไม่มีความตระหนักถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีนนั้น ปัจจัยส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่รู้จัก ไม่เคยเห็น และไม่รู้จักถึงความรุนแรงของโรค ส่วนการศึกษาของสมทรง สุทธิศิลป์, อรทัย รวยอาจิม และวันดี วรวิทย์ (2533) พบว่า มารดาชาวชนบทส่วนใหญ่มีการรับรู้โรคอุจจาระร่วงมีความรุนแรงถึงขั้นตายได้หากได้รับการรักษาไม่ทันทั่วทั้งที่และการรับรู้ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคอุจจาระร่วงของมารดาชาวชนบท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของประกริต รัชวัตร (2536) ที่พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเสี่ยงบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ามารดาที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคถูกต้องมาก จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากกว่ามารดาที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคน้อยกว่า

2.5.2.3 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ (Perceived benefits)

การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้น ๆ จะเป็นประโยชน์กับเขามากที่สุด สามารถลดการเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้ (Rosenstock, 1974) จากการศึกษาของ Becker (1974) พบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อของมารดาเด็กโรคหุ้มน้ำหนักที่มีต่อประสิทธิภาพของยาที่ได้รับจากคลินิก กับการให้บุตรรับ

ประทานยา และการศึกษาของ Becker et al. (1978) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืด สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา รุขพรชัย (2538) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลบุตรวัยก่อนเรียน ที่ป่วยเป็นโรคหอบหืดในขณะที่อยู่ที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากการศึกษาของ สรัญญา จิตรเจริญ (2537) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นมารดาที่รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ถูกต้องมาก ย่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของมารดา โดยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากกว่า

2.5.2.4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived barriers)

การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยในขณะที่บุคคลเชื่อว่าการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพ เพราะนำไปสู่การลดภาวะคุกคามจากโรค ในขณะที่เดียวกันบุคคลยังต้องพิจารณาปัจจัยลบหรืออุปสรรค (Barriers) ด้วย ซึ่งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลตามสภาพความเป็นจริง ที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล การที่บุคคลจะให้ความร่วมมือในการรักษานั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ว่า เขาสามารถจัดการกับอุปสรรคขัดขวางต่อการปฏิบัติได้ (Becker, 1974) จากการศึกษาของ Becker and Maiman (1975) พบว่าค่าใช้จ่ายที่สูงในการรักษา เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และจากการรวบรวมผลงานของนักวิจัยหลายท่าน โดย Mikhail et al. (1981) ยืนยันเกี่ยวกับผลของปัจจัยที่เป็นอุปสรรคกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ค่าใช้จ่ายที่สูง ความไม่สะดวก และความยุ่งยากของบริการ จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับการไปใช้บริการ นอกจากนี้บุคคลจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ถ้าวิธีการนั้นมีความซับซ้อน ใช้เวลานาน รวมทั้งมีความไม่แน่ใจในความปลอดภัยของวิธีการและผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของณมลสินสุพรรณ (2528) พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการพาบุตรมารับวัคซีนของมารดา ได้แก่ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ภาระการทำงานของมารดา ตลอดจนการอธิบายการนัดหมายที่ไม่ชัดเจนของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น ส่วนผลการศึกษาของประกริต รัชวัตร (2536) พบว่า มารดาที่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่ถูกต้องมาก จะมีการเลี้ยงดูบุตรที่ถูกต้องมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของทรงพล ต่อนี และประทิน จาดตาล (2540) พบว่า มารดาที่มีการรับรู้อุปสรรคในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในระดับที่แตกต่างกัน จะมีการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยมารดาที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ จะมีการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรดีกว่า มารดาที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติในระดับที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.5.3 การมีเวลาในการดูแลบุตร

พฤติกรรมการป้องกันและดูแลบุตรในขณะเจ็บป่วย ด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก เป็นกระบวนการที่จะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การมีเวลาในการดูแลบุตร จึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญประการหนึ่งที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรม จากการศึกษาของ Super et al. (1994) พบว่า มารดาในชนบทของเคนยา ต้องฝากบุตรไว้กับญาติพี่น้องให้ช่วยดูแลหรือนำบุตรไปดูแลด้วยในขณะที่ต้องไปทำการเกษตรในไร่ ซึ่งแบบแผนการดูแลดังกล่าวทำให้เด็กสัมผัสโรคติดเชื้อของระบบหายใจมากขึ้น และจากการศึกษาของนฤมล สีนสุพรรณ (2528) พบว่า แม้มารดาจะตระหนักถึงความสำคัญของการนำบุตรไปฉีดวัคซีน แต่มารดาที่ไม่ได้นำบุตรไป เนื่องจากภาระการทำงานของมารดาที่ต้องดำนา เกี่ยวข้าว และจากการศึกษาของชฎาภรณ์ สุชนิรันดร์ (2534) พบว่า การมีเวลาปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และการมีเวลาปฏิบัติตนขณะป่วยเป็นโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและการปฏิบัติตนขณะป่วยเป็นโรค อูจจาระร่วงของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า มารดามีเวลาในการดูแลบุตรที่แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน

2.5.4 การเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อบุตรเจ็บป่วย

การเข้าถึงบริการสุขภาพของบุคคลโดยการมีโอกาสในการใช้แหล่งบริการสุขภาพ และบริการสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ เป็นปัจจัยเอื้อที่จะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ของสถานบริการที่จะทำให้ผู้มาใช้บริการเกิดความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ จำนวนและประเภทของแหล่งบริการสุขภาพที่มีอยู่ (Health care availability) การเข้าถึงบริการที่สะดวกของประชาชน (Accessibility) และการยอมรับของประชาชนต่อสถานบริการ (Acceptability) โดยองค์ประกอบดังกล่าวจะต้องมีความเหมาะสมกับประชาชน จึงจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมได้ จากการศึกษาของสมทรง ณ นคร และคณะ (2539) เกี่ยวกับความรู้ การเคยใช้บริการ และความต้องการด้านสาธารณสุขของชาวชนบท จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มศึกษาเกือบทั้งหมดรู้จักว่า สถานีอนามัยตั้งอยู่ ณ บ้านใด ให้บริการเวลาใด และส่วนใหญ่เคยไปใช้บริการ โดยไปตรวจรักษาโรคมากที่สุด ทั้งนี้ เนื่องจากสถานีอนามัยอยู่ใกล้บ้านเป็นเหตุผลอันดับแรก และเชื่อในความสามารถของเจ้าหน้าที่เป็นอันดับรองลงมา ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพอใจต่อการบริการที่ได้รับ และต้องการให้ปรับปรุงสถานีอนามัยเกี่ยวกับเครื่องมือแพทย์ และต้องการให้เจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมบ้านให้บ่อยขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุขุมล

ธนาเศรษฐอังกูล และคณะ (2537) ที่พบว่า ความต้องการของประชาชนต่อบริการสาธารณสุขของรัฐ ส่วนใหญ่ต้องการบริการที่สะดวก รวดเร็ว ต้องการคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากแพทย์พยาบาล และต้องการให้บอกว่าเป็นโรคอะไร ส่วนการศึกษาของศิริยา สนั่นเรื่องศักดิ์ (2536) พบว่า การใช้บริการเมื่อบุตรมีอาการป่วยไม่รุนแรง และการใช้บริการเมื่อบุตรป่วยรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.01 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการมีแหล่งบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอยู่ในหรืออยู่ใกล้ชุมชน การไปใช้บริการสุขภาพเมื่อบุตรเจ็บป่วย และความพอใจในบริการ เช่น ความสะดวก รวดเร็วในการบริการ ประสิทธิภาพในการรักษา และอรรถาธิบายของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการ และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของมารดา

2.5.5 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ

ข้อมูลข่าวสารที่มารดาได้รับจากแหล่งต่าง ๆ เกี่ยวกับโรค วิธีการป้องกันและดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก นับเป็นปัจจัยเอื้อที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ที่จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม จากการศึกษาของมาริสา ไกรฤกษ์ และคณะ (2534) เกี่ยวกับการติดตามข่าวสารด้านสุขภาพของผู้ป่วย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการติดตามข่าวสารจากคำบอกเล่าของผู้ใหญ่บ้าน เพื่อนบ้าน สมาชิกของครอบครัวมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของอรรณ ขาวพอง (2537) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อบุคคลมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การเปิดรับข่าวสารจากโทรทัศน์ หอกระจายข่าว โปสเตอร์ ป้ายประกาศ แผ่นพับ วิทยุ และหนังสือพิมพ์ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าแหล่งข้อมูลข่าวสารที่บุคคลได้รับนั้นมีหลายแหล่ง และแต่ละแหล่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลแตกต่างกัน จากการศึกษาของสฤษฎิ์ จันทร์หอม (2537) พบว่า กลุ่มมารดาที่ได้รับความรู้จากแหล่งความรู้ที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูบุตร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มมารดาที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรจากแพทย์และพยาบาล จะมีพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูบุตร อยู่ในระดับดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.9 รองลงมาได้แก่ กลุ่มมารดาที่ได้รับความรู้จากมารดาตนเอง ญาติหรือบุคคลใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 14.0 และกลุ่มมารดาที่ได้รับความรู้จากสื่อสารมวลชนเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูบุตรอยู่ในระดับด้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.5 และจากการศึกษาของศิริยา สนั่นเรื่องศักดิ์ (2536) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วย ด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลัน

ของระบบทางเดินหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ที่ถูกต้องคือ จากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และจากสื่อสารมวลชนต่าง ๆ จึงเป็นปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน และดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาในชนบท

2.5.6 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมอนามัยของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีบทบาททั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพ (Pender, 1987) ซึ่ง Kahn (1979 cited by Norbeck and Barnes, 1988) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง โดยประกอบด้วยการถ่ายทอดความรู้สึกที่ดี ความรักใคร่ผูกพัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การยอมรับและเห็นด้วยกับพฤติกรรมของอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งอาจเกิดขึ้นเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า ส่วน House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ในขณะที่ Pender (1987) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มคนในระบบสังคม เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2535) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นสิ่งที่ผู้รับการสนับสนุนได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นกลุ่มหรือบุคคล แล้วมีผลให้ผู้รับปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งจากความหมายของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การตอบสนองของบุคคลที่ได้รับจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม 4 ด้าน ตามแนวคิดของ House (1981) คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับนับถือ 2) การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง หรือเรียนรู้ตนเอง ได้แก่ การให้การรับรอง การเห็นชอบที่เหมาะสม หรือถูกต้องในพฤติกรรมของผู้อื่น หรือการให้ข้อมูลเพื่อประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น การสนับสนุนด้านนี้จึงเปรียบเสมือนการเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information

support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนวทาง และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrument support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล ในเรื่องสิ่งของ การเงิน เวลา และแรงงาน ซึ่งการตอบสนองทั้ง 4 ด้านดังกล่าว เป็นไปเพื่อช่วยแก้ไขปัญหทำให้ผู้ได้รับการสนับสนุนมีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการ คือ มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัย และมีสุขภาพดี

โดยที่บุคคลจะต้องดำรงชีวิตอยู่ในสังคม และมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ โดยลักษณะความสัมพันธ์จะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยกัน ซึ่งกลุ่มเครือข่ายต่าง ๆ เหล่านี้ เปรียบเสมือนทรัพยากรซึ่งให้การสนับสนุนทางสังคม แต่อย่างไรก็ตามบุคคลทุกคนในสังคมไม่ได้เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด กลุ่มคนที่จะให้การสนับสนุนทางสังคมได้นั้น จะเป็นกลุ่มคนในระบบการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มย่อยของกลุ่มสังคมทั้งหมด ที่สามารถเชื่อถือได้ว่าจะให้การสนับสนุนทางสังคมได้ (Thoits, 1982) และความต้องการการสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ จะมีมากน้อยต่างกัน ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคล ซึ่งอุบล นิวัติชัย (2527) ได้จัดแบ่งบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Natural supportive system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทแรกเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูกหลาน ประเภทที่สอง ได้แก่ ครอบครัวใกล้ชิด (Kinship) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน และผู้ที่รู้จักคุ้นเคย 2) องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมกันเป็นหน่วย ชมรม หรือสมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ และ 3) กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพสุขภาพ (Professional health care workers) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อยู่ในวงการวิชาชีพ ซึ่งให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน เช่น แพทย์ พยาบาล

จากการศึกษาของเกตุแก้ว จินดาโรจน์ (2536) เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย พบว่า แหล่งที่ให้การสนับสนุนมากที่สุดคือ สามี รองลงมาคือ ทีมสุขภาพ มารดาหญิงหลังคลอด ญาติพี่น้องหญิงหลังคลอด และเพื่อน ตามลำดับ และพบว่า การสนับสนุนที่ได้รับจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอุมาพร อัครา (2539) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแหล่งสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้อง ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด

ส่วนการศึกษาของจินตนา รุขพรายฤทธิ์ (2538) พบว่า การสนับสนุนจากสามีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) ก็พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดา ในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติจาก 2 กลุ่มคือ บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี และญาติพี่น้องสายตรง และบุคคลในชุมชน ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิด จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันและดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดาในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีเวลาในการดูแลบุตร การเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อบุตรเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันและดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก จะเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้มารดา มีพฤติกรรม การป้องกันและดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจที่ถูกต้องต่อไป